

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

Année 1882

6

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le lundi 6 novembre 1882 à 1 heure*

Par JEAN DELAIR-RIVIÈRE

Né à Limeuil (Dordogne) le 30 mai 1857

Ancien préparateur de zoologie à la Sorbonne

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES FISTULES STERCORO-PURULENTES  
(ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT)

*Président : M. VERNEUIL, professeur.*

*Juges : MM. { GUYON, professeur,  
RICHEL, RECLUS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.*

PARIS  
ALPHONSE DERENNE

52, boulevard Saint-Michel, 52.

1882

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                                   |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                            | M. J. BÉCLARD. |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                                      | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                                 | SAPPEY.        |
| Physiologie . . . . .                                                             | BECLARD.       |
| Physique médicale . . . . .                                                       | CAVARRET.      |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                                      | WURTZ.         |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                              | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                                   | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale. . . . .                                                      | JACCOUD.       |
|                                                                                   | PETER.         |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                                  | GUYON.         |
|                                                                                   | DUPLAY         |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                   | CORNIL         |
| Histologie. . . . .                                                               | ROBIN.         |
| Opérations et appareils. . . . .                                                  | LE FORT.       |
| Pharmacologie . . . . .                                                           | REGNAULD.      |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                                       | HAYEM.         |
| Hygiène . . . . .                                                                 | BOUCHARDAT.    |
| Médecine légale . . . . .                                                         | BROUARDEL.     |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés. . . . . | PAJOT.         |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                              | LABOULBÈNE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale . . . . .                                    | VULPIAN.       |
|                                                                                   | G. SÉE.        |
| Clinique médicale . . . . .                                                       | LASEGUE.       |
|                                                                                   | HARDY.         |
|                                                                                   | POTAIN.        |
|                                                                                   | PARROT.        |
| Maladies des enfants . . . . .                                                    |                |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . .           | BALL.          |
| Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie . . . . .                  | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies nerveuses . . . . .                                         | CHARCOT.       |
|                                                                                   | RICHEL.        |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                                   | GOSSELIN.      |
|                                                                                   | VERNEUIL.      |
|                                                                                   | TRÉLAT.        |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                                               | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement . . . . .                                                 | DEPAUL.        |

Doyens honoraires : M. WURTZ, M. VULPIAN.

## Professeurs honoraires.

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS

## Agrégés en exercice.

|            |              |             |            |
|------------|--------------|-------------|------------|
| MM. BERGER | MM. GRANCHER | MM. LEGROUX | MM. RECLUS |
| BOCQUILLON | HALLOPEAU    | MARCHANT    | RENY       |
| BOUILLY    | HANRIOT      | MONOD       | RENDU      |
| BUDIN      | HENNINGER    | OLLIVIER    | RICHELOT   |
| BOURGOIN   | HUMBERT      | PEYROT      | RICHEL     |
| CADIAT     | JOFFROY      | PINARD      | STRAUS     |
| DEBOVE     | LANDOUZY     | POZZI       | TERRILLON  |
| DIEULAFOY  | DE LANESSAN  | RAYMOND     | TROISIER   |
| GAY        |              |             |            |

Chef des travaux anatomiques . . . . .

M. FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*Témoignage d'affection et d'éternelle reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se sont imposés en faveur de mes études.*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE FAYARD

*Hommage de profonde affection.*

A MON COUSIN CHARLES

*Amitié fraternelle.*

A TOUS LES MIENS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

M. DE LACAZE-DUTHIERS

Professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris  
Membre de l'Institut

*Faible témoignage de reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
FISTULES STERCORO-PURULENTES  
(ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT)

INTRODUCTION

Ainsi que l'indique notre titre, nous n'avons pas l'intention de refaire l'histoire des fistules stercoro-purulentes. Les cliniques de M. le professeur Verneuil ont magistralement établi le mécanisme de la pathogénie et les indications fondamentales du traitement. La thèse de M. Blin, parue cinq ans plus tard, peut être considérée comme un traité assez complet pour rendre inutile, avant quelques temps, tout travail d'ensemble sur ce sujet.

Après les travaux de l'éminent professeur de la Pitié, après le compendium de l'ancien interne de M. Lefort, nous n'eussions jamais songé à nous aventurer, à notre tour, sur ce terrain, si nous n'eussions eu l'occasion, je dirais presque la bonne fortune, étant donné le très petit nombre de cas semblables, de rencontrer une affection de ce genre, dans le service de M. Th. Anger.

Cette observation, que nous avons soumise à un examen approfondi, nous a semblé intéressante en ce sens que les causes qui l'avaient produite, ne rentraient nullement dans le cadre étiologique admis jusqu'à ce jour. En effet, les auteurs qui ont traité ce sujet, passent sous silence ou récusent les fistules stercoro-purulentes consécutives aux inflammations du tissu cellulaire péri-utérin. Or nous avons déjà recueilli cinq cas de phlegmons semblables terminés de cette façon.

Après avoir établi l'origine d'un certain nombre de fistules, nous exposerons brièvement les méthodes de traitement et nous montrerons les avantages d'une intervention énergique. A ce propos nous discuterons en passant la valeur des résultats fournis par les nouveaux procédés opératoires.

Notre sujet se divise donc de la façon suivante :

1° Un chapitre sur l'influence des phlegmons propagés, dans la production des fistules stercoro-purulentes ;

2° Un second chapitre consacré à l'analyse des diverses méthodes de traitement, et de leurs résultats.

Nous profitons de l'occasion, pour adresser ici nos remerciements à M. Dziejowski, médecin aide-major à l'école du Val-de-Grâce, pour l'extrême obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition les éléments d'une autre étude, que nous avons dû ajourner ; et à M. Maraphand, interne à Cochîn, pour les quelques renseignements qu'il nous a donnés sur les antécédents de la malade que nous avons observée.

Nous prions M. le professeur Verneuil, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, inspirée en grande partie par ses travaux sur la question, d'agréer l'expression de notre vive gratitude.

## HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIE

L'histoire des différentes doctrines, qui ont établi l'étiologie de l'affection qui nous occupe, se confondant avec l'analyse même des faits pathologiques qui leur ont servi de base, nous nous bornerons à une simple énumération des ouvrages, traités, thèses ou mémoires qui ont successivement étudié les conditions étiologiques des fistules stercoro-purulentes. Nous agissons de même en ce qui concerne l'historique du traitement. On ne trouvera d'ailleurs ici que la liste des auteurs qui nous ont été de quelque utilité. Quant à ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'histoire de ces fistules, nous renvoyons à la thèse de Blin qui contient un index bibliographique des plus complets.

BÉRARD. — Art. abcès stercoraux, in Dict. en 30 t. XXVIII.

BERNUTZ. — Art. abdomen, in Dict. méd. et chir. prat.

BLIN. — Étude sur les fistules stercoro-purul. th. Paris 1880.

BOYER. — Traité des maladies chirurg. t. VI, p. 109.

CHASSAIGNAC. — Abcès stercoraux, in traité de la suppuration, t. II, p. 372, 396, 412.

— Tumeurs enkystées de l'abdomen, th. conc. Paris, 1851.

CRUVEILHIER. — Art. abdomen, in Dict. en 15, t. I.

CULAN. — Marche comparative des abcès par perforat. intest. et des abcès puerpéraux de la fosse iliaque, th. Paris, 1878.

DAUCE. — Arch. méd. 1832, IV<sup>e</sup> série, t. XXX, p. 147.

DE LA MOTTE. — Traité de chirurgie, 3<sup>me</sup> édit., t. I, p. 214.

DEMARQUAY. — Soc. chirurg. 1874.

DÉSORMEAUX. — Art. fist. in Dict. méd. et chir. prat.

DUPUYTREN. — Leçons orales de clin. chir. t. III, p. 342.

FOLLIN ET DUPLAY. — Abcès de la fosse iliaque, p. 791. Path. ext., t. V.

GOSSELIN. — Clin. chir., t. II, p. 271 (1879).

— Soc. chirurg., t. IV, p. 138.

GRISOLLE. — Path. int. Art. Abcès des fosses iliaques.

— Mémoire sur le phlegmon des fosses iliaques, in Archiv. méd. 1839, t. IV, p. 145.

GUYON. — Art. Anus contre nature, in Dict. encyclop. t. V, p. 503.

JACCOUD. — Appendice à la Path. int., p. 108.

NÉLATON. — Path. chir., t. IV, p. 486.

PALMES. — The american journal of obstetrics 1878, p. 426.

PAULET. — Observ. in Soc. chirurg. 1874, p. 207.

SEDILLOT. — Annales de la Chir. franç. et étrang. 1841, t. II, p. 305.

SIREDEY. — Art. Pêrit., in Dict. méd. et Ch. pratiq.

VELPEAU. — Leçons or. de clin. chir., t. I, p. 543 et t. III, p. 371.

— Art. Anus contre nat., in Dict. enc. 30, t. III, p. 342.

VERNEUIL. — Soc. chirurg. 1874, p. 195-210.

Mémoires non cités par Blin, ou parus dans ces trois dernières années :

VERNEUIL. — Gaz. des hôpitaux 1881, n° 132.

— Art. Anaplastie et autoplastie, in Dict. encycl.

— Notes de clinique (Didier Placé 1882).

JOBERT. — Maladies du canal intestinal, 1829, t. I.

REYBARD. — Traité des anus artificiels et des plaies intestinales. Paris, 1827.

FOLLIN ET DUPLAY. — Path. ext., t. VI, p. 333.

CRUVEILHIER. — Trait. d'anat. path. gén., t. II, p. 516.

HUMBERT. — Étude sur la septicémie intest., Paris, 1873.

POUCHET. — Thèse d'agrégation.

E. MARTIN. — Abscess de l'ombilic. Gangrène et perforation intestinale. Soc. anat. 1872, p. 148.

POZZI. — Dict. encyclop. art. Fist.

FESTY. — De la paracentèse abdom. th. Paris, 1873.

BEGIN. — Mémoire sur l'ouverture des collect. purul. de l'abdomen.

— Nouv. élém. de chir. et méd. opérat., t. I, p. 304.

BAUDENS. — Cliniq. des plaies d'armes à feu, p. 312.

BÉRARD. — Bulletin, Soc. anat., 1834.

W. MURRAY. — Du trait. des fistules par la dilatation, the Lancet, 13 février 1875.

JULLIARD. — Observ. de fistule sterc. purul. guérie par la paracentèse, la suture intest. et le drainage (Revue méd. de la Suisse Romande, avril 1881, Genève).

ESMARCH DE KIEL. — Verhandlungen der Gesellschaft für Chirurg. 1872 (Revue d'Hayem).

ARAN. — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.

DANIEL THIRAULT. — Des phlegmons et abcès de la fosse iliaque (suites de couches). Th. de Paris, 1874.

BOLLET. — Contribution à l'étude des abcès des fosses iliaques. Th. Paris, 1879.

W. BOLLET. — Contribution à l'étude des abcès des fosses iliaques.

---

## CHAPITRE I

### ETIOLOGIE DE CERTAINES FISTULES STERCORO-PURULENTES CHEZ LA FEMME

« L'histoire des fistules est à la  
« rigueur celle de leurs causes  
« CRUVEILHIER. »

Des causes nombreuses et variées président à la formation des fistules stercoro-purulentes. Rappelons d'abord qu'elles sont essentiellement constituées par un foyer purulent en communication d'un côté avec l'intestin et de l'autre avec l'extérieur. Ce foyer donne passage au pus fourni par ses parois, pus mélangé au produit de la digestion. Une telle fistule comporte donc quatre régions : un orifice cutané, des trajets fistuleux dont l'un au moins aboutit à la cavité purulente, enfin un orifice intestinal s'abouchant dans cette cavité.

L'existence des trajets fistuleux n'est pas constante, et quand ils existent, ils ne constituent le plus souvent que des diverticulums de la cavité principale.

Si maintenant nous passons en revue, d'une part les différentes parties du tube intestinal qui peuvent devenir le siège d'une inflammation primitive ou consécutive, et d'autre part les différents endroits où l'intestin affecte des rapports étroits avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, nous

pourrions nous expliquer pourquoi certains abcès s'ouvrent de préférence dans l'intestin. Tels sont les abcès périnéphrétiques, les pérityphlites suppurées, les abcès des fosses iliaques. Les perforations qu'ils produisent s'expliquent facilement, le pus étant en contact immédiat avec les portions de l'intestin non revêtues par la péritoine.

L'objet de cette étude est de montrer que des inflammations suppurées du tissu cellulaire ayant pris naissance dans des points relativement éloignés, peuvent, en gagnant de proche en proche s'étendre au tissu cellulaire retro-intestinal et finalement s'ouvrir à la fois dans l'intestin et à l'extérieur.

Avant de donner les raisons, cliniques et anatomiques, qui nous ont déterminé à nous engager dans cette voie, sachons quel est l'avis de ceux qui ont traité avant nous cette question d'étiologie. Si nous voulions en croire M. Blin, nous devrions renoncer à justifier nos prétentions. Pour lui, en dehors des causes susdites, il n'existe pas dans l'abdomen d'autres abcès qui puissent s'ouvrir dans l'intestin et se terminer par une fistule stercoro-purulente ou pyo-stercorale comme il propose de les appeler pour des raisons euphoniques.

« Ajoutons, dit-il, que les collections purulentes, péri-hépatiques, péri-spléniques, *péri-utérines*, péri-vésicales sont aussi étrangères à cette complication. » Après une affirmation aussi catégorique, nous sommes en droit de nous demander quelles sont les raisons qui autorisent Blin à proscrire les collections *péri-utérines*, c'est-à-dire celles précisément dont nous espérons montrer l'influence étiologique. Il s'appuie sur ce fait connu depuis longtemps et

mis en lumière spécialement par Bégin dans son mémoire sur l'ouverture des collections purulentes de l'abdomen et par Grisolle dans sa monographie des phlegmons iliaques, à savoir que les portions du tube intestinal munies d'un revêtement péritonéal sont beaucoup moins exposées à être perforées par les collections purulentes contiguës que les portions en rapport immédiat avec le tissu cellulaire de la région. C'est un fait que l'observation clinique confirme tous les jours et nous n'avons jamais songé à le mettre en doute. Ces rapports du péritoine expliquent même très bien pourquoi les abcès du côté droit s'ouvrent plutôt que ceux du côté gauche dans le gros intestin, le pus étant généralement en contact avec la face postérieure du cœcum et du colon ascendant, parties où l'enveloppe séreuse fait défaut. Sur ce point tous les chirurgiens sont de l'avis de Grisolle et de Bégin.

Ce qu'il faudrait démontrer, c'est que la portion du péritoine qui recouvre le tissu cellulaire péri-utérin, constitue un obstacle suffisant à la migration d'un phlegmon suppuré de ce même tissu, dans le tissu cellulaire retro-cœcal. Or, le tissu conjonctif que l'on rencontre principalement sur les faces latérales de l'utérus se confond avec celui des ligaments larges. Entre les deux feuillets de ces ligaments existe une couche lâche et abondante qui tapisse les faces latérales de l'utérus, avec le tissu sous-péritonéal de la paroi abdominale et de la fosse interne. Il en résulte, dit M. Tillaux (1), qu'un phlegmon de ces ligaments peut se propager à ces diverses régions, surtout à la paroi abdo-

1. Tillaux. *Anat. topographique*, page 683, 3<sup>e</sup> édition.

minale et à la fosse iliaque. La propagation dans cette direction serait même la seule possible, d'après M. A. Guérin, et cela en raison de l'obstacle formé par le *fascia propria* qui empêcherait toute fusée purulente vers les parties inférieures. Nous citons plus loin une observation qui confirme entièrement cette manière de voir.

De cette courte étude de la région, il résulte que non-seulement la propagation d'un phlegmon péri-utérin à la couche du tissu conjonctif retro-cœcal ne se heurte à aucune impossibilité anatomique, mais encore qu'elle est favorisée par la disposition des plans fibreux.

Citons enfin Grisolle qui conçoit que les abcès iliaques qui surviennent chez la femme pendant l'état de vacuité puissent être consécutifs aux phlegmons des annexes de l'utérus et spécialement des ligaments larges.

Il ne nous reste plus qu'à exposer les observations qui confirment notre manière de voir.

#### OBSERVATION I (personnelle).

Métrite chronique. Pelvi-péritonite. Phlegmon du ligament large droit.  
Absès ouvert à l'extérieur dans la région de l'ombilic, et à l'intérieur dans le cœcum. Fistule stercoro-purulente consécutive.

Maria G., née en Corse, âgée de 34 ans. Bonne constitution. Le père et la mère vivent encore. Rien dans les antécédents. Apparition tardive des règles à 17 ans ; elles restent régulières quoique peu abondantes jusqu'en 1868.

La malade raconte qu'à ce moment, à la suite d'un bain pris en rivière (?), les menstrues seraient devenues très douloureuses et se seraient accompagnées d'un écoulement de pus. Elle aurait remarqué

en outre des crampes d'estomac et un gonflement du ventre. Les douleurs ainsi que la sécrétion du pus auraient été en diminuant pendant quelques mois et auraient presque disparu au moment du mariage en 1873. Dans la nuit même où eurent lieu les premiers rapports, les douleurs dans le bas-ventre revinrent avec une telle intensité que le mari dut renoncer à toute nouvelle tentative et aller sur le champ chercher un médecin.

En même temps se produisaient des nausées et des vomissements d'une persistance inquiétante. Le lendemain matin, ballonnement de tout le bas-ventre, encore quelques vomissements glaireux. Fièvre considérable. Constipation. Miction douloureuse. Au bout de quelques jours les symptômes diminuent d'intensité, mais il reste un certain œdème des jambes et une tuméfaction prononcée occupant le lieu de jonction de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite. Sous l'influence de larges octions d'onguent napolitain, le volume de la tumeur avait considérablement diminué lorsque six mois après, sous une influence inconnue, la malade remarque une sorte de bourrelet autour de l'ombilic. M. Péan est appelé. Cataplasmes. La tumeur se ramollit, devient fluctuante et finalement l'abcès s'ouvre dans l'ombilic.

Pendant quatre mois le pus s'écoule à travers l'orifice, puis celui-ci se ferme. Malgré l'œdème qui persiste et les douleurs intermittentes dans l'aîne, l'appétit revient avec les forces et la malade reprend ses occupations.

Août 1879. — L'abcès étant fermé, de violentes coliques se manifestent dans l'aîne droite et s'irradient le long de la cuisse. En même temps on remarque une constipation des plus rebelles. Ces divers accidents annoncent la propagation évidente de l'inflammation au tissu cellulaire péricœcal. Les signes de la pérityphlite ont persisté jusqu'au moment où le pus s'est de nouveau frayé un passage dans le premier conduit fistuleux. Écoulement de matières purulentes blanchâtres sans la moindre odeur. Tout l'hiver se passe ainsi, puis l'orifice se ferme.

6 août 1881. — Formation d'un nouvel orifice environ à trois centimètres au-dessous et à droite de l'ombilic. Il en sort du pus

mêlé à des substances alimentaires en grumeaux. La fistule stercoropurulente est définitivement établie.

22 août 1881. — M. Pozzi, appelé auprès de notre malade, se décide à faire l'avivement des bords de l'orifice et à cautériser profondément au thermo-cautère les bords de l'abcès. Un tube à drainage est mis à demeure. Lavages de la cavité à l'eau phéniquée.

Le 16 mai 1882. — La malade entre à Cochin dans le service de M. Anger. A la place de l'ombilic existe une large surface de tissu cicatriciel percé au centre d'un orifice surmonté d'un léger bourrelet de tissu granuleux et donnant passage à un pus séreux abondant, de couleur roussâtre et à des matières stercorales. De temps à autre un gargouillement suivi d'une odeur *sui generis* annonce la sortie des gaz par la fistule.

Autour de cette zone cicatricielle les téguments sont décollés et froncés par la rétraction du tissu, ils sont le siège d'une sorte d'empâtement œdémateux, comme s'ils étaient distendus par un épanchement de sérosité. Le ventre est d'ailleurs déformé et porté en avant et à droite.

L'exploration de la fistule est faite par M. Anger, d'abord au moyen d'une sonde en gomme. Celle-ci fait reconnaître deux trajets fistuleux; tantôt en effet elle s'enfonce vers la fosse iliaque droite, dans la région du cœcum, tantôt elle descend dans l'hypogastre en arrière du pubis. Une injection de lait, d'eau additionnée de quelques gouttes de teinture d'iode, revient par la fistule, ce qui semble démontrer que la perforation intestinale occupe le cœcum, ou tout au moins qu'elle n'affecte pas l'intestin grêle. M. Anger diagnostique une pérityphlite ancienne.

*État actuel.* — La malade a légèrement maigri, le teint est devenu cachectique, elle marche avec beaucoup de difficulté et ressent des fourmillements dans le membre inférieur droit. Pas d'anesthésie. Les coliques sont intermittentes et s'irradient dans les lombes et les membres inférieurs.

Les forces sont diminuées comme l'appétit. Les digestions se font assez bien quand la nourriture est du goût de la malade.

Assez souvent les repas sont suivis de vomissements. La diarrhée alterne avec la constipation.

Le poumon est dans un état d'intégrité étonnante. La malade n'a jamais toussé. Rien aux sommets ni à la base. La température prise dès son arrivée se maintient le soir à 38°.

L'œdème des membres a disparu. Les urines sont peu abondantes, quelquefois douloureuses mais ne contiennent ni pus ni albumine. Les règles ont apparû pour la dernière fois au mois d'août 1881 ; d'ailleurs la malade ne les a eues que deux fois depuis sa rentrée à l'hôpital et encore étaient-elles insignifiantes. A noter un léger suintement leucorrhéique.

M. Anger prescrit le régime lacté, mais la malade ne peut le supporter d'aucune façon. L'orifice de la fistule est dilaté avec une tige de gentiane. Lavements fréquents pour favoriser l'écoulement des matières par l'anus. Injections d'eau phéniquée deux fois par jour. Fer, vin composé.

Le 11 juillet au soir une poussée de fièvre se produit, frisson et élévation de température à 39°,5. Sulfate de quinine. Le lendemain matin elle redescend à 37°,2 pour remonter le soir à 38°,8. Pendant deux jours elle se maintient à 38°.

5 août 1882. — La fistule étant devenue permanente, M. Marchand qui a remplacé M. Anger, examine à son tour la malade et des renseignements que lui fournissent d'un côté les antécédents, de l'autre le toucher vaginal combiné au palper abdominal il diagnostique un ancien phlegmon du ligament large droit.

Une sonde de femme étant introduite dans le trajet fistuleux inférieur vient proéminer dans le cul-de-sac latéral droit du vagin, où on la sent avec l'index.

Voyant la difficulté avec laquelle se fait l'évacuation du pus par l'orifice ombilical M. Marchand songe à lui créer une issue dans cette direction. A cet effet un trocart courbe de Chassaignac est introduit dans celui des deux trajets fistuleux qui se dirige verticalement dans l'hypogastre. La pointe de l'instrument munie d'un fil conduisant un tube à drainage est dirigée de façon à perforer la paroi supérieure du vagin.

Dès le lendemain, le pus s'écoule en abondance par cette ouverture, et quelques jours après une certaine quantité de matières stercorales prend le même chemin. Deux fois par jour les injections d'eau phéniquée, d'alcool sont poussées dans la cavité par l'orifice abdominal et ressortent par le vagin.

Septembre 1882. — Cet essai de drainage ayant réussi, M. Marchand se décide à répéter la même manœuvre pour le second trajet fistuleux qui se dirige dans l'hypochondre droit. Pendant quelques jours le pus s'écoule, puis les parois du trajet se rapprochent et l'écoulement s'arrête. M. Anger fait fermer l'orifice avec un morceau de diachylon.

Actuellement, l'état de notre malade peut se prolonger longtemps, mais si nous considérons que les produits de l'abcès ont maintenant une issue facile, et, qu'en outre, le siège de la perforation se trouve à droite et dans le cœcum, c'est-à-dire dans une portion du tube digestif qui ne peut donner passage qu'à des substances alimentaires ayant déjà subi une digestion à peu près complète, nous devons reconnaître que malgré la fâcheuse prédisposition aux poussées de péritonite, malgré la faiblesse de l'état général qui se maintient, mais ne s'aggrave pas; que rien en ce moment ne nous autorise à porter un pronostic fâcheux. Nous espérons au contraire, que le traitement chirurgical que nous avons exposé, ne tardera pas à produire d'excellents résultats.

De nombreux exemples prouvent qu'un drainage si bien institué, peut à lui seul amener la guérison; mais notre avis est que cette malade se trouve dans des conditions qui justifient amplement l'emploi d'une intervention plus énergique.

Si maintenant nous recherchons quel est l'enseignement qui se dégage de cette observation, nous voyons :

1° Qu'un phlegmon ayant pris naissance dans le tissu cellulaire juxta-utérin se propage avec la plus grande faci-

lité à la région abdominale antérieure. A ce sujet nous croyons que chez notre malade, en raison des adhérences établies par ses inflammations successives, le péritoine n'a pu être décollé et refoulé par les épanchements purulents, comme il arrive fréquemment à la suite des abcès primitifs des fosses iliaques.

2° Que le coït ou, comme on le dit avec raison, le traumatisme conjugal, peut avoir une influence bien nette dans la production de la pelvi-péritonite, quand le terrain est préparé par la métrite chronique.

3° Enfin que l'ouverture préalable à l'extérieur des abcès sous-péritonéaux de l'abdomen, ne préserve nullement l'intestin d'une perforation quand l'orifice de ces abcès est situé de telle façon que le pus puisse séjourner dans leur cavité et rester en contact avec les tuniques de l'intestin.

#### OBSERVATION II

Nélaton. — *Path. chirurg.* T. IV, p. 486.

Une jeune femme de 32 ans, à la suite de sa quatrième couche ressentit pendant plusieurs mois des douleurs vives dans la région sacrée. Six mois avant son entrée à l'hôpital, elle a été prise de douleurs abdominales avec ballonnement du ventre. On crut à une péritonite et l'on prescrivit un traitement approprié. Ces accidents disparurent mais les douleurs de la région sacrée persistèrent. Il y a quinze jours, un abcès s'est montré à la paroi abdominale antérieure à une distance de quatre travers de doigt de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane. Le médecin appelé aurait constaté la sortie par l'abcès de matières ressemblant aux fèces et de gaz intestinaux.

Entrée à l'hôpital le 5 juin 1856, nous constatons l'état suivant : à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et un peu à droite de la ligne médiane existe sur la paroi abdominale une ouverture qui présente un mamelon rouge pâle et offrant l'aspect de granulations pyogéniques. La couleur exclut tout d'abord l'idée d'un anus contre nature. Par cet orifice il sort du pus et des gaz sans odeur fécale.

Une sonde de femme en argent, introduite par cette ouverture, d'un diamètre de 3 à 4 millimètres, pénètre sans résistance et perpendiculairement jusqu'au pavillon. Un mandrin de sonde d'homme pénètre jusqu'à une distance de 0.123. Si le mandrin étant ainsi introduit on pratique le toucher vaginal on sent la pointe de l'instrument arriver jusqu'au cul-de-sac latéral droit, et par conséquent jusqu'au rectum. Nous ne pouvons trouver d'ouverture appréciable dans ces deux organes.

Le palper de la paroi abdominale permet de constater dans son épaisseur, à gauche de l'ouverture fistuleuse et sur le même niveau, une dépression limitée par un bord circulaire. Les couches profondes paraissent manquer ici, le doigt semble séparé de cette dépression par la peau seulement. A droite de la fistule est une seconde dépression offrant les mêmes caractères. Elles ont toutes deux de 2 à 3 centimètres de diamètre. Entre elles les parties sont indurées et manquent d'élasticité.

L'utérus est dans une position normale. Il est impossible de le distinguer par le palper sus-pubien au milieu des parties indurées qu'on y rencontre.

Derrière l'utérus et dans la partie latérale droite du vagin est une tumeur très dure se perdant en haut et se continuant avec les masses qu'on sent par le palper abdominal. La malade ressent de vives douleurs.

Trois jours après son entrée, écoulement de pus par le rectum, et le même jour nous constatons la sortie de bulles de gaz par les ouvertures de la paroi abdominale.

En septembre, sans autre traitement que les bains et le repos au lit, cicatrisation des orifices fistuleux.

Le 15 novembre nous renvoyons la malade. La guérison s'est maintenue. Les deux dépressions abdominales sous-cutanées sont moins facilement appréciables.

Ce cas d'abcès consécutif à un phlegmon du ligament large, nous a présenté, entr'autres particularités, l'existence de deux cavités sous-cutanées, et creusées pour ainsi dire dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

### OBSERVATION III.

(Bulletin de la Soc. anat. 1834)

M. Bérard présente une pièce anatomique recueillie chez une femme qui fut prise de douleurs hypogastriques à la suite d'une couche, chez laquelle on avait supposé l'existence d'un abcès de la fosse iliaque. Voici ce que l'autopsie a fait reconnaître :

Un vaste abcès commençait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche entre le colon et la paroi de l'abdomen.

Cet abcès s'était propagé dans la région hypogastrique en passant entre la fosse iliaque et l'intestin toujours situé hors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au devant de la vessie. Mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite en décollant le péritoine dans la région hypogastrique. De la région iliaque droite, il avait remonté le long de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic.

Là il s'était fait jour au-dessous de la peau, avait décollé cette membrane dans tout le pourtour de la cicatrice ombilicale au niveau de laquelle il avait conservé son adhérence aux tissus subjacents. Le trajet de cet abcès décrivait donc une courbe à concavité supérieure et s'élevait dans le flanc droit à une hauteur égale à celle où il avait atteint dans la partie postérieure du flanc gauche.

Dans cette dernière région l'abcès communiquait avec le colon ascendant par une ouverture arrondie qui du côté de l'abcès était surmontée d'un petit bourrelet ou boursoufflement, mollassé, circulaire,

Cette observation nous offre un magnifique exemple de décollement du péritoine par une collection purulente sous-jacente. En outre elle met en évidence la longueur du trajet que peut parcourir une telle collection avant de s'ouvrir dans l'intestin.

#### OBSERVATION IV (Palmer).

Analysée dans thèse de Blin.

The Americ. journal of obstetrics 1878, p. 426.

Phlegmon du ligament large. — Perforation de l'intestin grêle. — Fistule stercoro-purulente.

Il y a environ deux ans j'ai soigné une dame atteinte de paramérite, limitée au ligament large, et consécutive à un avortement au troisième mois, laquelle au début marchait sans accidents et semblait en train de se résoudre sans suppuration, mais qui dans la nuit, la malade s'étant trop tôt levée, contrairement à mes recommandations les plus formelles, eut une recrudescence et aboutit à la suppuration.

Il en résulta un abcès. Dès qu'il fut reconnu et en l'absence d'un signe quelconque de fluctuation à travers la paroi vaginale je fus conduit à le ponctionner avec l'aiguille d'un aspirateur et plus tard à agrandir l'ouverture avec le bistouri.

Après l'évacuation complète du pus et le lavage de la cavité avec une injection d'eau phéniquée, environ dix jours après j'observai le passage d'un liquide et d'aliments non digérés, à travers l'orifice externe de l'abcès.

Evidemment une portion de l'intestin grêle avait été perforée et avait déchargé une partie de son contenu à travers le canal artificiel.

Après quelques mois de traitement, pendant lesquels le foyer de l'abcès fut nettoyé avec grand soin et à intervalles rapprochés et pendant lesquels une compression modérée fut appliquée à l'extérieur, il

se produisit des adhérences entre les parois de l'abcès et finalement l'orifice se ferma.

Pendant ce laps de temps, la menstruation fut complète et régulière. Ce qui restait de l'induration pouvait être senti facilement par la palpation profonde de la région du ligament affecté.

Environ trois mois après une grossesse survint. Craignant la réouverture du foyer de la fistule au moment de l'accouchement par une nouvelle inflammation du tissu cellulaire pelvien, je lui ordonnai de rester couchée, mais beaucoup plus sévèrement, qu'il n'est d'habitude.

Elle fut maintenue pendant trois mois au lit et sous l'influence du sulfate de quinine à doses modérées. Mais malheureusement la réouverture se produisit et avec elle revint la situation première. Un traitement d'un mois, fondé sur la méthode précédente, eut un effet complet et cette fois la réunion fut permanente.

Le cinquième cas que nous avons pu recueillir est des plus concluants puisqu'on y trouve une fistule stercoropurulente, consécutive à une ovarite. Comme nous ne croyons pas qu'il ait été publié par M. Le Dentu qui l'a observé, nous ne pouvons le citer, que d'après la communication qu'il en a faite à la Société de chirurgie (1874 p. 210).

Les cinq ou tout au moins les quatre observations qui précèdent, nous montrent avec la dernière évidence, que Blin était loin de la vérité, quand il repoussait l'influence des phlegmons des régions voisines, dans la production des fistules que nous étudions. D'ailleurs, les cas que nous citons, ne sont pas les seuls sur lesquels nous puissions nous appuyer. Rien ne prouve qu'un certain nombre de pérityphlites admises par Blin comme causes efficientes, ne

soient en réalité que la manifestation ultime d'un phlegmon siégeant à son début dans le tissu cellulo-adipeux des annexes de l'utérus, ou d'une pelvi-péritonite suppurée.

Rappelons en passant que la pelvi-péritonite peut être prédominante dans un cas, le phlegmon du ligament large dans l'autre, mais qu'il est difficile, sinon impossible, qu'elles soient tout à fait indépendantes et le diagnostic n'en saurait être établi (Tillaux).

Nous pourrions faire la même remarque et peut-être avec plus de raison au sujet de la valeur étiologique de quelques abcès de la fosse iliaque droite. Cette propagation de l'inflammation du tissu conjonctif aux couches contiguës explique les diagnostics différents portés successivement par MM. Th. Anger et Marchand. C'était, en somme, le même phlegmon considéré en des points différents.

Or, il est clair que l'affection primitive est toujours celle à laquelle nous devons remonter et que c'est elle qui doit être considérée comme la véritable cause.

---

## CHAPITRE II

### DU TRAITEMENT DES FISTULES STERCORO-PURULENTES.

Avant l'importante communication de M. Verneuil, le traitement des fistules stercoro-purulentes était abandonné à l'initiative de chaque chirurgien. Mais diverses considérations, entr'autres la crainte de blesser le péritoine, s'opposaient à toute intervention énergique, c'est-à-dire au véritable traitement des affections de ce genre. Comme conséquence de semblables idées, les chirurgiens se sont contentés d'appliquer à ces fistules le traitement de l'anus contre nature.

Nous voyons par exemple que Jobert, entr'autres moyens, préconise la compression graduée, le choix des aliments très nutritifs sous un petit volume s'il s'agit d'une fistule stercorale et le choix contraire si l'on a affaire à un anus contre nature. Il insiste sur l'utilité des lavements purgatifs, du calomel pour faciliter le cours des matières dans la partie de l'intestin sous-jacente à la fistule. Le malade devra porter un bandage après la guérison.

Dupuytren commence à saisir les indications du traitement. Lorsque, dit-il, l'ouverture fistuleuse est située plus haut que le fond du foyer purulent, son agrandissement ou sa dilatation ne suffisent pas pour guérir la fistule, il faut alors pratiquer une contr'ouverture à l'endroit qui corres-

pond au fond du foyer et lui donner assez d'étendue pour que le pus s'écoule librement.

Boyer envisage l'influence du passage des matières stercorales sur la permanence des fistules stercorales et prescrit la suture de l'intestin quand la plaie a plus de 4 lignes, ou environ 2 millimètres  $1/2$ .

Chassaignac donne les conseils suivants : le chirurgien doit rechercher si la tumeur a contracté des adhérences avec la paroi abdominale, sinon craindre un épanchement dans le péritoine. Dans les fistules stercoro-purulentes du cœcum l'abcès doit être ouvert : 1° par une ponction exploratrice (Lisfranc) ; 2° au moyen d'un trocart courbe qu'on introduit par l'abcès et qu'on enfonce en lui faisant suivre la paroi postérieure le long des corps charnus des muscles iliaque et psoas et qui vient sortir au-dessous du ligament de Fallope. On assure ainsi l'issue aux produits purulents, surtout si le trocart est remplacé par un drain. Les injections iodées peuvent être utiles quand la plaie intestinale est fermée. Quand la collection proëmine dans le vagin, c'est dans ce point qu'il faut lui donner issue. Récamier en pareil cas se servait d'un pharyngotome ; il opérerait du vagin vers l'abcès. Chassaignac donne en outre quelques cas d'abcès de l'appendice cœcal ouverts à l'extérieur.

Bégin insiste sur l'obstacle à la cicatrisation créé par l'existence de trajets fistuleux. Il est, avant d'aller plus loin, indispensable d'inciser d'abord ces trajets afin de pouvoir agir ensuite convenablement sur l'intestin.

Nous ne citerons que pour les blâmer la méthode diété-

tique de la Peyronie. Elle a été souvent la source d'accidents mortels, par rétrécissements du tube intestinal ; le procédé de Richter qui préconise la compression au moyen d'une éponge soutenue par un bandage élastique, et les essais d'autoplastie faits inutilement par Velpeau.

Désormaux expose ainsi les principes de sa méthode : supprimer la cause de la suppuration ou la maladie qui l'entretient ; faciliter l'issue des liquides par les contre ouvertures et le drainage ; quand la cause est enlevée et que la guérison se fait attendre, destruction des parois de la fistule (il parle ici des fistules stercorales simples) ; injections excitantes ; relever l'état général et prévenir la septicémie.

Il faut arriver jusqu'à M. Verneuil pour trouver les indications, fondamentales d'un traitement rationnel. Ces indications M. Verneuil les a tirées de la connaissance achevée de la conformation de ces fistules. Etant admis qu'elles se réduisent à deux éléments : une cavité purulente et une perforation intestinale, il a montré que leur persistance était due principalement à la cavité purulente intermédiaire et accessoirement à la nature des produits qui la traversent. Si donc on arrivait à combler cette cavité, la fistule serait réduite à l'état de fistule stercorale simple qui aurait la plus grande tendance à guérir spontanément. Que faudrait-il pour atteindre ce but ? Il suffirait que la membrane pyogénique qui tapisse les parois de l'abcès se transforme en membrane granuleuse. Or le meilleur moyen de faciliter sa granulation c'est : 1° d'assurer largement sa nutrition, en d'autres termes de combattre l'affaiblissement

progressif de la constitution ; 2° de supprimer les causes qui s'opposent à son développement, à savoir :

1° L'action des matières stercorales. Ce n'est pas que par elles-mêmes elles aient une influence nocive sur le bourgeonnement de ce tissu cicatriciel, en effet elles ne gênent en rien la guérison des anus contre nature. Ce qui les rend toxiques, c'est leur mélange avec le pus et l'air extérieur, mélange d'autant plus facile que l'orifice cutané est induré et béant et que le trajet est anfractueux.

2° La situation déclive du fond de l'abcès. Elle explique comment le pus s'accumulant peu à peu dans le foyer, irrite la couche pyogénique, la traverse et produit ainsi des accidents de septicémie chronique.

On peut voir par cet aperçu qu'il est utile de supprimer l'issue des matières stercorales dans l'abcès et de favoriser au contraire l'évacuation du foyer purulent. On atteindra ce double but en fermant par une suture, quand on le pourra, l'orifice intestinal, et en faisant de larges contre ouvertures dans les points de l'abcès les plus déclives.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici d'un point du traitement auquel on attribuait naguère une importance exagérée, à savoir la destruction du bourrelet muqueux qui revêt l'orifice cutané.

On sait en effet depuis les travaux de Malgaigne et de Denonvilliers que cette pseudo-muqueuse n'a rien de commun avec la muqueuse intestinale, qu'elle ne possède ni glandes, ni nerfs, et que si elle se cicatrise difficilement cela tient non pas à sa constitution, mais aux causes tirées de l'état général, et à la succession d'une période de stagnation des matières à une période de dé-

bâcle. Il est probable en outre que la forme des abcès en cul-de-sac n'a pas une moindre influence dans le défaut de cicatrisation des orifices. Néanmoins il est utile de promener le thermo-cautère en même temps sur les parois de l'abcès et sur le pourtour des ouvertures des téguments, ne fût-ce que pour élargir l'orifice et activer le bourgeonnement de la membrane granuleuse. En résumé :

1° Favoriser ou entretenir les propriétés normales de la membrane granuleuse ;

2° Prévenir ou neutraliser les qualités délétères du pus ;

3° Relever ou soutenir la constitution menacée ;

4° Agir chirurgicalement en temps opportun, si la nature se montre impuissante.

Telles sont les indications formulées par M. Verneuil, indications fécondes, qui expliquent bien quelques résultats merveilleux que nous aurons à mentionner.

Les grandes lignes du traitement sont désormais tracées et les chirurgiens ne s'en écarteront que dans la limite de leur initiative particulière.

Mais si tout le monde est aujourd'hui à peu près convaincu de la nécessité d'une intervention chirurgicale énergique, il n'en est pas de même en ce qui concerne les divers procédés opératoires.

Les uns veulent qu'on se borne : 1° à la dilatation de l'orifice de la fistule par l'éponge préparée ou les liges de gentiane ; 2° au drainage combiné aux contr'ouvertures et aux injections détersives, antiseptiques et caustiques ; 3° à l'avivement ou à la cautérisation des parois de la cavité obtenue par la dilatation. Il faut convenir que dans certains cas ces moyens peuvent amener la guérison ; mais il n'en reste

pas moins vrai que si, pour un motif quelconque tel que des complications pulmonaires ou le siège de l'abcès à gauche, ces expédients ne peuvent amener la guérison, on se trouve avoir perdu, après des années de suppuration et de septicémie chronique, toutes les chances de succès qu'on pouvait avoir en opérant dès le début.

Les autres, et spécialement M. Verneuil, pénétrés de cette idée que l'existence de l'abcès constitue le véritable obstacle à la guérison de la fistule préconisent la méthode suivante :

1° Large ouverture de la cavité et des trajets fistuleux avec l'écraseur, le thermo-cautère, ou le bistouri ; 2° recherche de la perforation intestinale et suture ou cautérisation de celle-ci.

La suture est indiquée quand l'ouverture atteint un demi centimètre de diamètre. Dans le cas contraire, la cautérisation suffit à amener une prompte occlusion par bourgeonnement des bords de l'orifice. En réalité elle transforme la plaie en un anus contre nature qui a la plus grande tendance à guérir spontanément.

3° Cautérisation au fer rouge des parois de l'abcès. Ce temps de l'opération est très important, le fer rouge doit être promené sur toute l'étendue de la membrane pyogénique de manière à en modifier les propriétés ;

4° Réunion médiate de la plaie dans la grande majorité des cas. Par exception et seulement quand il sera possible d'opérer dans les premiers jours de la maladie, on pourra tenter la réunion par première intention. Dans tous les cas pansement antiseptique.

Cette méthode a déjà donné des succès non contestables

entre les mains de MM. Verneuil, Paulet et Julliard. Ce dernier avec une audace que nous nous abstiendrons d'apprécier, mais dont nous ne pouvons nier les heureux résultats, vient d'employer la manœuvre opératoire qui suit : large incision comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale y compris le péritoine. L'intestin est ensuite détaché de ses adhérences, attiré au dehors de la cavité abdominale et suturé. Enfin l'anse intestinale est réduite, les parois du foyer sont râclées avec la curette et le péritoine est suturé ainsi que les téguments.

Un tel succès obtenu dans des circonstances difficiles puisqu'il s'agissait d'une fistule, ouverte depuis sept ans et siégeant dans la fosse iliaque gauche, montre bien qu'en présence d'une affection de ce genre on est autorisé à tenter la cure radicale. Ajoutons qu'une fistule stercoropurulente, guérie par un tel procédé, a beaucoup de chances d'être à l'abri des récidives.

Si l'on cherche quels sont les résultats de cette méthode on voit que dans trois cas où elle a été employée par MM. Verneuil, Paulet, Julliard, elle a donné trois succès.

La malade de M. Verneuil succomba, il est vrai, mais seulement trente-cinq jours après l'opération et alors que la fistule était en excellente voie de guérison. La mort était due en réalité aux complications pulmonaires et à l'écoulement d'une abondante sérosité à travers les téguments des membres inférieurs.

Le malade de M. Paulet garda quelque temps un anus contre nature, puis il reprit ses occupations, et monta à cheval comme d'habitude. Enfin nous avons parlé du cas de M. Julliard.

Si nous mettons en parallèle les résultats de la méthode palliative, nous voyons que, d'après Blin lui-même qui la préconise, sous le prétexte que la guérison est spontanée, le nombre des guérisons n'est que de 11 sur 18 pour les fistules consécutives aux pérityphlites; de 12 sur 17 pour celles observées dans la fosse iliaque droite, et seulement de 3 sur 7 pour les fistules de la fosse iliaque gauche.

La question nous semble résolue et il ne se trouvera guère de chirurgiens pour attendre une guérison spontanée qui n'arrive pas dans les trois cinquièmes des cas.

Si maintenant on se rappelle que l'opération que nous avons décrite est facilitée par ce fait que le péritoine est toujours plus ou moins décollé et refoulé en haut par les collections purulentes, si l'on considère qu'aujourd'hui, grâce aux perfectionnements de la méthode antiseptique, le péritoine lui-même peut être incisé impunément; on n'hésitera plus à condamner le traitement palliatif, ou du moins à ne l'employer que lorsqu'on aura affaire à des collections pouvant être facilement évacuées, celles par exemple qui siègent immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. M. Lefort, dans un cas de ce genre dont nous reproduirons plus loin l'observation, a obtenu la guérison d'une fistule compliquée par de nombreux trajets fistuleux.

---

## OBSERVATION VI

Verneuil. — *Bull. soc. chirurg.* 1874, p. 199-210.

Marie T., 41 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Vulpian, le 18 février 1873, d'où elle fut évacuée dans mon service quelques jours plus tard. Elle présentait du côté gauche de l'abdomen une tumeur fluctuante très volumineuse occupant la fosse iliaque, la région lombaire et remontant jusqu'à l'hypochondre gauche. Cette tumeur était née quelque temps auparavant, sans cause appréciable, s'était accrue peu à peu, mais avait fait des progrès extrêmement rapides dans la dernière quinzaine; elle déterminait des douleurs violentes dans la fosse iliaque, dans la région inguinale, avec irradiations à la cuisse sur tout le trajet des branches du nerf crural. La marche était impossible et cependant la cuisse n'était pas fléchie d'une manière permanente sur le bassin. Pour M. Vulpian, comme pour moi-même, le point de départ de cette collection était inconnu; il n'y avait aucun signe d'obstruction intestinale, point de troubles notables du côté de la sécrétion urinaire, et l'on pouvait croire, à cause des douleurs irradiant sur le trajet du nerf crural, qu'il s'agissait d'un abcès ossifluent à marche rapide parti du corps des vertèbres lombaires. L'état général était très mauvais, fièvre, soif, inappétence, insomnie, ballonnement du ventre, constipation etc...

Je tins la malade en observation quelques jours pour tâcher d'arriver à un diagnostic plus précis; mais l'intensité des douleurs et des phénomènes généraux m'engagèrent à intervenir sans plus de retard. En conséquence, dans les derniers jours de juillet, je plongeai un trocart courbe volumineux en arrière à distance égale à peu près de la crête iliaque et de la première côte, à deux travers de doigt du bord externe du muscle carré des lombes; la contre-ponction fut faite en avant, à une petite distance du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Un drain volumineux fut passé par cette voie. Il s'écoula

aussitôt une grande quantité d'un pus assez ténu mais bien lié, homogène, semblant provenir du tissu cellulaire et sans fétidité. L'amélioration fut prompte; au bout de deux jours le foyer était presque entièrement revenu sur lui-même et les douleurs avaient cessé. Comme d'habitude on fit dès le soir même des injections chlorurées abondantes et fréquemment répétées, pour prévenir l'altération du pus. La fièvre se dissipa peu à peu et les fonctions digestives se rétablirent. Au bout de deux ou trois jours, le pus devenait fétide et semblait mélangé de matières stercorales. Pour vérifier cette assertion on administra des lavements qui ressortirent par le foyer purulent et des injections qui passaient évidemment dans l'intestin. La communication était donc certaine; nous pûmes même soupçonner que l'ouverture intestinale répondait à la fin du colon descendant ou à l'S iliaque.

Cette complication néanmoins n'entrava pas trop le rétablissement. Vers le 15 août, la malade avait repris de l'embonpoint; peu à peu la quantité de matières fécales et de pus qui s'écoulait par le drain diminuait; il ne sortit bientôt plus qu'un peu de pus teinté d'une coloration brunâtre; les lavements introduits par l'anus cessèrent de ressortir par la plaie et le 6 septembre on put retirer le drain.

Les jours suivants il n'y eut aucun accident; l'ouverture antérieure se ferma, la malade restant dans le décubitus dorsal; mais il continua de l'écouler par la plaie postérieure un peu de pus, sans traces de lavement!

La malade se sentant forte, demanda à se lever, ce qu'on lui permit de faire le 22 septembre. Quelques jours après, en essayant de marcher, elle en fut empêchée par une gêne douloureuse siégeant dans la fosse iliaque gauche; cependant à la palpation, on ne sentait rien qui ressemblât à une bride ou à un cordon fibreux dans cette région.

Le 24 septembre il survint de la diarrhée et par suite un écoulement abondant de matières, avec issue de gaz, par l'orifice postérieur du trajet du drain, mais la cicatrice de l'orifice antérieur tint bon. On ordonna un julep avec du bismuth et quelques gouttes de laudanum et le 30 la diarrhée cessa et, avec elle, l'issue des matières par la plaie lombaire.

Se trouvant améliorée sinon guérie et s'ennuyant à l'hôpital, la malade demande son exeat qui lui fut accordé le 26 octobre. Elle rentra le 16 décembre dans un assez triste état en nous racontant que dès le lendemain de sa sortie, la communication avait paru se rétablir entre l'intestin et le foyer, à travers l'ouverture postérieure duquel une grande quantité de matières fécales ne tarde pas à s'écouler. L'ouverture se ferme spontanément et se rouvre à trois semaines de distance. La malade rentre dans mon service.

Les douleurs avaient disparu, mais la santé générale était profondément altérée; la maigreur était considérable, la peau terreuse et sèche, l'anorexie complète, et la diarrhée continuelle. Tous les soirs le thermomètre dépassait 39°. La nuit, sueurs profuses. La poitrine paraissait prise; il y avait de la toux, de l'expectoration purulente et dans la fosse sous-épineuse droite on observait de la submatité avec perte d'élasticité et à l'auscultation des craquements nombreux et une diminution très notable du murmure respiratoire. Des deux ouvertures du drainage, l'une était fermée, l'autre au contraire, c'est-à-dire la postérieure, se présentait sous l'aspect d'un trou circulaire à bords décollés, du calibre d'une plume à écrire, livrant passage à un pus mélangé de gaz et d'une extrême fétidité.

Détersion du foyer avec l'eau chlorurée, la teinture d'iode, très diluée, car lorsqu'elles sont concentrées elles provoquent des coliques violentes.

Sur les instances de la malade, je me décide à l'opération suivante (27 février).

La malade étant endormie, une sonde cannelée est introduite dans l'orifice fistuleux et sert à guider un bistouri à l'aide duquel je fis un débridement suffisant pour permettre l'introduction du doigt. Je reconnus alors au foyer les dimensions que je lui avais soupçonnées. Il était limité en bas par la fosse iliaque interne; en dehors par la paroi abdominale, à la circonférence par une rainure circulaire comprise entre cette paroi et le péritoine épaissi. Le plus grand diamètre étendu d'avant en arrière, était de 15 centimètres, et l'écartement maximum de 6 centimètres. Le même doigt sans quitter le foyer, servit à conduire

un trocart courbe qui perfora la paroi abdominale à 6 centimètres en avant de l'orifice et à un travers de doigt environ de la crête iliaque pour éviter sûrement la circonflexe iliaque.

A travers la canule de ce trocart fut conduit un fil fort ; après l'ablation de la canule une chaîne d'écraseur avec laquelle je sectionnai toute l'épaisseur de la paroi sans effusion de sang. Les lèvres de la plaie étant écartées, j'aperçus sans difficulté le fond du foyer, mais sans pouvoir distinguer la perforation de l'intestin, je n'y parvins pas mieux en poussant par l'intestin une injection laiteuse ; le liquide sortait à gros bouillons, mélangé de matières fécales, remplissait la cavité et masquait aussitôt l'aspect des parties. Comme j'avais débridé à peine la moitié postérieure de la poche purulente et que celle-ci se prolongeait vers l'épine iliaque antérieure, je renouvelai la manœuvre précédemment décrite avec le trocart et l'écraseur et j'agrandis encore la section de la paroi abdominale dans l'étendue de cinq centimètres. Aussitôt il fut plus possible à travers cette large brèche, et après avoir détergé avec une éponge toute la cavité d'apercevoir distinctement l'orifice de l'intestin. Il avait 4 à 5 millimètres de large et se reconnaissait au bourrelet muqueux qui le tapisait et qui tranchait par sa couleur foncée, sur la teinte plus pâle de la membrane pyogénique. Le foyer ainsi mis à nu fut exploré soigneusement avec une sonde de femme ; partout on atteignait ses limites, sauf en deux points répondant à la partie interne de la fosse iliaque où la sonde s'enfonçait dans des culs-de-sac mesurant 2 ou 3 centimètres de profondeur.

Je jugeai utile de modifier tout le champ opératoire, et je touchai successivement, avec le fer rouge, les surfaces de section faites à l'écraseur, la membrane pyogénique dans la plus grande partie de son étendue, et enfin l'orifice intestinal lui-même dont je détruisis l'ourlet muqueux avec la pointe d'un petit cautère conique. L'opération avait fait perdre à peine quelques gouttes de sang, bien qu'ayant duré près d'une demi-heure ; la cavité fut remplie de boulettes de charpie attachées à un fil commun et imbibées d'eau alcoolisée et le tout recouvert d'une compresse trempée dans le même liquide.

Les résultats de cette opération furent merveilleux, la fièvre hectique disparut en deux jours ainsi que les sueurs nocturnes, l'appétit revint, la diarrhée cessa peu à peu et des matières solides sortirent par l'anus normal. Le changement ne fut pas moins marqué du côté des poumons, la toux et l'expectoration diminuèrent et finirent par disparaître, les signes physiques de la tuberculisation s'amendèrent à ce point qu'au bout de quinze jours on ne constata qu'un peu d'expiration prolongée.

La plaie, grâce aux pansements détersifs, renouvelés plusieurs fois par jour, ne tarda pas à se débarrasser de ses eschares, et à prendre un aspect satisfaisant. La membrane pyogénique fut partout remplacée par une couche de bourgeons charnus, un peu pâles et mous, mais en somme de bonne apparence et qui ne tardèrent pas à se rétracter, de telle sorte que de jour en jour le vaste hiatus se rétrécissait davantage.

La perforation intestinale, parfaitement visible, se réduisait à son tour et l'occlusion spontanée se serait faite certainement si la cicatrisation du vaste entonnoir dont elle occupe le fonds avait pu s'achever; rien d'ailleurs n'eût été plus facile que de favoriser cette occlusion, soit par la cautérisation, soit par l'application de quelques points de suture.

Les choses marchèrent ainsi favorablement jusqu'au 20 mars, époque à laquelle la guérison semblait ne plus être qu'une affaire de temps, mais alors la scène changea, la diarrhée reparut et persista en dépit de tous les agents pharmaceutiques et de la viande crue prise en abondance; un symptôme nouveau contribua surtout à épuiser la malade. Dès le lendemain de l'opération on avait remarqué, autour des malléoles du côté gauche, un léger œdème, qui, quelques jours plus tard, se montra également du côté droit. Peu à peu l'enflure gagna de bas en haut de façon à envahir les jambes, puis les deux cuisses et jusqu'à la paroi abdominale et les parties génitales. Les téguments luisants et distendus au minimum semblaient devoir éclater d'un moment à l'autre, ce qui arriva d'ailleurs dans la nuit du 26. La sérosité s'échappant par des fissures imperceptibles, inonda complè-

tement le lit et continua à couler sans relâche pendant les jours suivants. Cette perte énorme et incessante épuisa rapidement le reste des forces. Le 30 survint un frisson et apparurent sur la jambe gauche de larges plaques de gangrène ; la malade tomba dans un état de stupeur et de demi coma qui ne cessèrent qu'avec la mort, survenue dans la nuit du 2 avril.

#### OBSERVATION VII

Blin. Thèse, Paris 1879.

Abcès à la fosse iliaque droite. Fistule pyo-stercorale. Fistules secondaires.  
Drainage. Guérison.

La nommée G..., Claudine, âgée de 48 ans, couturière, entre le 23 décembre 1878 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, service de M. Léon Lefort.

Elle a toujours joui d'une bonne santé et ne présente dans ses antécédents aucune maladie grave. Elle est accouchée deux fois. Les accouchements ont été normaux, les suites de couche heureuses.

La maladie a une leucorrhée habituelle, une suppression menstruelle qui s'est produite il y a trois ans et qui a duré six ou huit mois. Pas de hernie, pas de chute, pas de coup.

Le début de l'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital remonte à trois mois environ. Comme cause de sa maladie actuelle, nous ne trouvons d'autre fait que des fatigues répétées par marche excessive et par station verticale prolongée. Elle était un peu pâle alors, nous dit-elle, avait de la gastralgie, des pertes blanches, et était très-irrégulièrement menstruée. Pas de constipation excessive. Le soir quand la malade ôtait ses chaussures, elle éprouvait de la douleur dans la région inguinale et était obligée de soulever sa jambe à l'aide de ses mains.

Il semble donc que la fosse iliaque était prise dès ce moment, bien qu'il ne se produisît pas de rétraction de la cuisse sur le bassin, ni

de la jambe sur la cuisse. Toujours est-il que la malade dut se reposer pendant quelques jours, et sous l'influence du repos, des bains et des cataplasmes, les accidents disparurent et elle put reprendre son travail.

Mais bientôt ces mêmes phénomènes se montrèrent de nouveau ; on les regarda comme des accidents rhumatismaux. Finalement, les douleurs dans la cuisse, dans la jambe et dans l'aîne s'accrochèrent au point que les mouvements, que la toux, le rire devinrent impossibles, et la malade dut s'aliter il y a environ deux mois. Depuis ce temps les douleurs se sont localisées dans la fosse iliaque droite. La malade a eu des coliques sans ballonnement du ventre, de la constipation d'abord, puis une diarrhée qui a duré une huitaine de jours. Les matières rendues étaient liquides, abondantes, mêlées de sang et de pus. Un abcès s'était donc ouvert dans l'intestin, c'était aussi le diagnostic du médecin de la ville.

D'ailleurs cette évacuation du pus par l'intestin, fut immédiatement suivie d'une diminution dans les douleurs du ventre, dans celle de la cuisse et de la jambe, les mouvements furent plus faciles, mais cette amélioration dans les symptômes ne persista pas. Les douleurs de l'aîne reparurent ; une tumeur s'y forma, la peau rougit et M. Cornil il y a quinze jours donna issue à une quantité notable de pus. Les matières étaient d'un gris brun, dit la malade, et d'une fétidité extrême.

Quand la malade entra dans le service, le 23 décembre, il s'écoula toujours par la plaie du pus ayant la même couleur et la même fétidité.

M. Lefort sonde la plaie, qui se trouve à la partie externe du triangle de Scarpa, à 8 centimètres environ au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'introduction du stylet dénote un décollement étendu, qui occupe transversalement la région de l'aîne, mais on n'arrive que dans des cloaques fermés en cul-de-sac. On n'y trouve pas d'orifice qui permette de pénétrer dans la fosse iliaque. Toute la région est le siège d'un empâtement considérable. Le toucher vaginal n'a rien révélé.

La santé générale est satisfaisante. La fièvre est peu vive, la malade a des sueurs nocturnes; l'appétit est faible.

Le 26. — Douleur vive à trois centimètres au-dessus et en dehors de l'ouverture faite à la cuisse. A ce niveau on sent un point induré sans partie ramollie.

Le 28. — Deux orifices fistuleux se sont formés à égale distance de la première plaie et de l'épine illiaque, au-dessus de l'arcade de Fallope; ils donnent passage à un pus en tout semblable à celui du premier abcès. L'exploration avec le stylet n'indique pas communication directe entre ces deux plaies qui doivent cependant avoir la même origine. La malade garde la cuisse légèrement fléchie sur le bassin et dans la rotation en dedans.

Le 3 janvier 1879. — La suppuration est toujours abondante et de même nature que les jours précédents. Une injection, poussée par l'un des trajets fistuleux, revient par les deux autres. L'empâtement a diminué. Ni constipation, ni diarrhée. On constate de temps en temps des traînées purulentes sur les matières fécales. Accès de fièvre le soir; sueurs pendant la nuit. Peu d'appétit; amaigrissemens notable, mais l'état général n'est pas inquiétant.

Le 10. — Pas de changement appréciable. M. Lefort introduit deux drains dans deux des trajets fistuleux; on y pousse des injections avec de l'eau contenant de la teinture d'iode, elle ressort par l'orifice fistuleux qui ne contient pas de drain. Même état général.

Le 20. — La fièvre diminue; les trajets fistuleux persistent, mais isolés. Suppuration un peu moindre. État général plus satisfaisant.

Le 4<sup>er</sup> février. — Un nouveau trajet fistuleux s'est formé au niveau du pli de l'aîne; il vient s'ouvrir un peu en dedans de la fistule primitive; il se dirige à peu près horizontalement de dehors en dedans en suivant la face profonde de l'arcade de Fallope. C'est le quatrième trajet fistuleux. On enlève les drains.

Le 7. — Le trajet fistuleux formé le dernier s'est spontanément oblitéré. La suppuration venant des autres trajets a considérablement diminué. La fièvre est tombée. L'appétit est revenu.

Le 16. — Toute suppuration a cessé; les trois premières fistules

se sont fermées peu à peu. Mais en même temps que se produisait cette oblitération, apparaissait une diarrhée qui augmentait chaque jour, à mesure que la suppuration devenait moins abondante, et qui ne pouvait être attribuée qu'au passage dans l'intestin du pus détourné de sa voie habituelle. Aujourd'hui la diarrhée est incoercible. Les tentatives pour étendre le membre inférieur sont très-douloureuses.

Le 25. — Les trajets fistuleux sont cicatrisés, le membre inférieur est revenu dans l'extension à peu près normale, la diarrhée persiste.

Le 15 mars. — La diarrhée a cessé. La malade continue à se lever chaque jour plusieurs heures ; mais la marche provoque des douleurs dans la fosse iliaque et dans le membre inférieur droit. Il reste un peu d'empâtement profond. La malade est très-amaigrie, mais l'état général est bon.

Le 27 avril. — L'amélioration continue. C'est à peine si la malade boîte du côté droit.

8 juillet. — Exit. La malade est entièrement guérie. Les fistules sont complètement cicatrisées. Les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement. Mais l'état général affaibli de la malade fait craindre qu'elle ne recouvre jamais sa santé antérieure, bien que toutefois, on n'ait constaté aucune lésion viscérale qui autorise à porter un pronostic fâcheux.

#### OBSERVATION VIII (M. Paulet).

*Bulletin de la Soc. de chir.* 1874, p. 199.

J'eus l'occasion de soigner en 1866 un capitaine de trente-deux ans à peine qui depuis deux mois souffrait d'un abcès de la fosse iliaque ouvert à l'extérieur et communiquant avec l'intestin. Je ne pus que constater le fait sans pouvoir déterminer si l'abcès iliaque avait précédé la perforation intestinale ou si le contraire avait eu lieu. L'ouverture extérieure à peine assez grande pour donner passage à une bougie du numéro dix ou 11 de la filière Charrière, se trou-

vait sur la ligne médiane au bas de la ligne blanche, entre les deux muscles droits et fournissait une grande quantité de pus. Ce pus mélangé de bile et d'une odeur *sui generis* me fit dès l'abord soupçonner la perforation intestinale. La sonde introduite obliqua fortement en dehors et me parut traverser toute la fosse iliaque droite, en passant derrière le muscle droit, puis à un moment donna au malade la sensation même de la pénétration dans l'intestin. Une injection d'un litre de liquide me confirma d'ailleurs le fait. La perforation intestinale intéressait-elle le cœcum ou l'intestin grêle, c'est ce qu'il m'a été impossible de déterminer.

Ce qu'il y avait d'évident, c'est le marasme du malade, qui présentait tous les signes de la fièvre hectique et menaçait de succomber très rapidement. L'idée me vint d'agir comme l'a fait M. Verneuil, à savoir de faire une large ouverture à l'abcès et de supprimer la rétention du pus. Je fis une incision comme celle d'Astley Cooper, pour la ligature de l'iliaque externe, et j'éprouvai de très grandes difficultés à me reconnaître au milieu des parois aponévrotiques dont le travail phlegmasique avait modifié les conditions. J'y parvins cependant. Je débridai largement et j'obtins une quantité considérable de pus fétide. A partir de ce moment, j'assistai à une véritable résurrection ; la fièvre hectique diminua et bientôt l'orifice externe se rétrécit assez pour que je pusse y maintenir un petit tube de caoutchouc, qui amenait les matières fécales dans un appareil portatif, constitué par une sorte de brayer à pelote creuse. Mon malade est aujourd'hui capitaine de gendarmerie, monte à cheval et vit de la vie commune.

#### OBSERVATION IX (Julliard).

*Revue médicale de la Suisse romande*, avril 1881. Genève.

Analysé dans *Revue d'Hygiène*.

Abcès de la fosse iliaque gauche, fistule pyo-stercorale consécutive. —  
Débridement. — Entéroraphie. — Guérison.

La malade est âgée de 35 ans ; elle a sa fistule depuis sept ans et

deux mois mais il n'y a que deux mois que des matières fécales et des gaz s'en échappent.

La laparotomie faisait reconnaître l'état de choses suivant : au milieu d'une masse inodulaire du volume d'une noix, faisant corps avec les parois abdominales, se trouve l'orifice cutané de la fistule. De cet orifice, part un trajet oblique de 4 centimètres de long qui vient s'ouvrir dans une cavité limitée par des adhérences intestinales. Au fond de cette cavité est l'orifice intestinal masqué par des fongosités.

Le professeur genevois commence par séparer la masse intestinale des parois abdominales, à l'aide d'une dissection longue et difficile, puis il l'attire en dehors pour en séparer et déployer les anses. L'orifice intestinal siégeait sur le gros intestin et avait une forme elliptique ; son grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin mesurait 1 centimètre et demi ; l'écartement de ses bords était d'un centimètre.

Après avoir avivé les bords de l'orifice, Julliard place avec des catguts fins, cinq sutures de Lembert traversant les parois intestinales sans intéresser la muqueuse ; puis une seconde rangée de deux sutures fut placée en arrière pour renforcer la première et pour augmenter la surface de contact des séreuses.

L'intestin, ayant été soigneusement nettoyé, Julliard rentre la masse intestinale et l'anse suturée. Ensuite il râcla avec la curette le trajet fistuleux et aviva les bords de l'orifice cutané. Le péritoine fut réuni par une suture de cinq fils de catgut et la peau par huit fils. L'incision des parois abdominales avait une longueur de 15 centimètres. Un drain fut introduit dans l'orifice extérieur de la fistule.

Pansement antiseptique. L'opération avait duré 70 minutes.

Les suites furent des plus bénignes, apyrexie complète, septième jour, ablation des sutures ; la plaie était réunie par première intention, sauf au niveau du drain.

Le douzième jour, la malade commença à se lever.

---

## CONCLUSIONS

De l'étude anatomique et clinique qui précède et de l'examen des observations que nous avons recueillies, se dégagent les conclusions suivantes :

I. — Dans l'étiologie des fistules stercoro-purulentes, il convient de réserver une place importante aux phlegmons des ligaments larges et à la pelvi-péritonite qui les accompagne habituellement.

II. — Ces phlegmons suppurés se propagent au tissu cellulaire sous-péritonéal des fosses iliaques et de l'hypogastre, puis s'ouvrent de préférence à l'intérieur dans le cœcum et à l'extérieur dans l'ombilic.

En ce qui concerne le traitement, nous avons constaté :

I. — Que les expédients, qui constituent le traitement palliatif, sont insuffisants dans la majorité des cas ; que même, dans les cas de guérison, ils laissent toujours un terrain favorable aux récidives ; qu'ils ont le grand inconvénient, s'ils échouent, de rendre très incertaine sinon impossible, toute opération ultérieure.

II. — Que les meilleurs résultats ont été fournis par : 1° les larges débridements ; 2° la suture ou la cautérisation de l'orifice intestinal ; 3° la cautérisation ou le râclage des parois de l'abcès ; 4° le pansement antiseptique.

## QUESTIONS

### SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

*Anatomie et histologie normales.* — Des membranes séreuses.

*Physiologie.* — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

*Physique.* — Conductibilité des corps pour la chaleur ; application à l'hygiène.

*Chimie.* — Caractères distinctifs des iodures et des bromures. Préparation et propriétés.

*Histoire naturelle.* — De la chlorophylle. De ses fonctions physiologiques.

*Pathologie externe.* — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

*Pathologie interne.* — De la pleurésie.

*Pathologie générale.* — Des embolies.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — Lésions de la tuberculose pulmonaire.

*Médecine opératoire.* — De la résection du genou et de ses indications.

*Pharmacologie.* — Du lait et des œufs. Leur emploi en pharmacie.

*Thérapeutique.* — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

*Hygiène.* — Des vêtements.

*Médecine légale.* — Caractères de l'empoisonnement par le phosphore.

*Accouchements.* — De la délivrance.

---

*Vu par le président de la thèse,*

BOUCHARDAT.

*Vu et permis d'imprimer,*

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD.



